

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

KAREN EMANUELLE STEPHENS

RASTREIO E ABORDAGEM DA DEPRESSÃO EM IDOSOS POR GRUPO DE  
SAÚDE MENTAL



CURITIBA

2019

KAREN EMANUELLE STEPHENS

RASTREIO E ABORDAGEM DA DEPRESSÃO EM IDOSOS POR GRUPO DE  
SAÚDE MENTAL

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado como requisito parcial à  
obtenção do título de Especialista, Curso de  
Especialização em Atenção Básica, Setor de  
Ciências da Saúde, Universidade Federal do  
Paraná.

Orientador: Prof. Dr. Vitor Pintarelli

CURITIBA

2019

## RESUMO

O projeto desenvolvido trata sobre o Rastreo e abordagem da depressão em idosos por grupo de saúde mental, é um resultado do Curso de Especialização em Atenção Básica da UFPR, financiado pelo UNA-SUS. Teve como objetivo analisar as causas de depressão e seu tratamento irregular nos pacientes idosos de um município de pequeno porte do Paraná, Cruzmaltina. De forma de identificar as causas de abandono terapêutico, ampliar o número de palestras e reuniões sobre o transtorno depressivo, com foco nos familiares e cuidadores dos idosos, acompanhamento multidisciplinar destes pacientes, além do treinamento da equipe de saúde da família do município quanto ao atendimento de urgências psiquiátricas e prevenção do suicídio. Inicialmente, os pacientes idosos, foram captados nos grupos de Hiperdia e pelas ACSs, que agendaram consultas com o clínico geral. Nestas consultas, o médico responsável definiu por critérios se os pacientes apresentam ou não o diagnóstico de Transtorno Depressivo, com a inclusão destes no grupo de Saúde mental e tratamento medicamentoso se necessário. Neste grupo há o acompanhamento com psicólogo semanalmente, e convocação dos familiares para apoio. Compareceram aproximadamente 30 a 50 pessoas aos encontros semanais, sendo observado ao decorrer do estudo uma boa aderência ao tratamento medicamentoso, melhoria das relações sociais, alguns relataram terem maior disposição e realização de atividade física. Deste modo os objetivos estão a caminho de serem atingidos, porém a maior limitação deste plano de intervenção é por ser uma análise de no mínimo de 6 meses, portanto as metas a serem alcançadas serão a longo prazo, não sendo possível concluir todos os resultados do estudo.

Palavras-chave: Depressão. Idoso. Saúde mental.

## **ABSTRACT**

The developed project deals with the screening and approach to depression in elderly people by mental health group and it is a result of the Specialization Course in Basic Care of UFPR, funded by UNA-SUS. It aimed to analyze the causes of depression and its irregular treatment in the elderly patients of a small city in Paraná named Cruzmaltina. In order to identify the causes of therapeutic abandonment, to increase the number of lectures and meetings about the depressive disorder, focusing on relatives and caregivers of elderly people, multidisciplinary follow-up of these patients, in addition to the training of the health team of the municipality's family regarding care psychiatric emergencies and suicide prevention. Initially, the elderly patients were enrolled in the Hiperdia and ACS groups who scheduled medical appointments with the general practitioner. In these appointments the responsible doctor defined by criteria whether or not the patients presented the diagnosis of Depressive Disorder including them in mental health group and medication treatment if necessary. In this group there is a weekly psychologist accompaniment, and the family members are requested to support. Approximately 30 to 50 people attended the weekly meetings, being observed during the course of the study a good adherence to drug treatment, improvement of social relationships and some members reported being more disposed and performing physical activity. That way the objectives are on the way to be reached but the biggest limitation of this plan of intervention is for being an analysis of at least 6 months so the goals will be reached in a long term not being possible to complete the entire results of the study.

Keyword: Depression. Elderly. Mental Health.

## SUMÁRIO

|          |  |           |
|----------|--|-----------|
| <b>1</b> | <b>INTRODUÇÃO .....</b>                    | <b>7</b>  |
| 1.1      | JUSTIFICATIVA .....                        | 8         |
| 1.2      | OBJETIVOS (GERAL E ESPECÍFICO) .....       | 9         |
| 1.2.1    | OBJETIVO GERAL .....                       | 9         |
| 1.2.2    | OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....                | 9         |
| <b>2</b> | <b>MÉTODO.....</b>                         | <b>10</b> |
| 3        | REVISÃO DE LITERATURA.....                 | 14        |
| <b>4</b> | <b>RESULTADOS ESPERADOS.....</b>           | <b>19</b> |
| <b>5</b> | <b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>          | <b>20</b> |
| 5.1      | RECOMENDAÇÕES PARA TRABALHOS FUTUROS ..... | 20        |
| <b>6</b> | <b>REFERENCIAS.....</b>                    | <b>21</b> |

## 1.INTRODUÇÃO

Cruzmaltina é uma pequena cidade, de aproximadamente 3 mil habitantes, em zona essencialmente rural, situa-se entre dois grandes polos da região norte do Paraná, localizada a 100 km de distância das cidades de Londrina e Maringá. A cidade de referência em situações de emergências e sendo localizada a regional de saúde, é Ivaiporã há aproximadamente 40 km de distância.

O município de Cruzmaltina consta de duas Unidades Básicas de Saúde, mas com apenas uma Equipe da Saúde da Família. Uma unidade se localiza em um distrito chamado de Dinizópolis, facilitando ao acesso de atendimento médico. E no centro da cidade se encontra outra UBS, com distância de aproximadamente 15 km entre elas. Sendo de extrema importância essa logística já que Cruzmaltina apresenta grande extensão territorial.

A cidade apresenta uma concentração considerável de adultos entre 25 e 49 anos, somando 37,5% da população. Os idosos fazem parte de 14,5% no total de 459 pessoas. São 641 crianças de 0 a 14 anos, e 490 pessoas entre 15 e 24 anos. A faixa etária dos 20 aos 24 anos é menor que a faixa dos 15 aos 19, demonstrando que quando atingem a maioridade muitos se mudam para cidades maiores com o propósito de estudar ou trabalhar.

Não havendo outros centros de saúde como UPA ou Hospital, a UBS se torna mais do que apenas uma porta de entrada para o SUS, sendo uma base de apoio fundamental para o município. Pela facilidade ao acesso das consultas, já que o sistema de saúde funciona a livre demanda, a quantidade de consultas é alta, chegando a 70 pacientes por dia.

Dentre as queixas mais comuns que levam a população à unidade de saúde, a principal seria lombalgia. Como a população é majormente agrícola, realizam uma série de atividades que demandam esforços e sobrecarregam a coluna vertebral, consequentemente levando a desgastes desta. A segunda queixa mais frequente são as dores articulares geralmente causadas por Artrite, Artrose, e pelas atividades laborativas, como já citado. Outro problema comum é o mau controle da Pressão Arterial e do Diabetes Mellitus, em que provocam

graves consequências para os pacientes que geralmente apresentam crises hipertensivas e Diabetes Descompensada. Por fim vêm os pacientes com Transtorno Depressivo leve e maior, na maioria idosos, fato que corrobora pela ausência dos familiares e a dependência de terceiros, para dar a assistência necessária.

São acompanhados na unidade de saúde 704 pacientes por doenças crônicas, como hipertensos, diabéticos e saúde mental. No que se refere a Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, somam-se aproximadamente 20% da população de Cruzmaltina, desta forma são doenças de crescimento ascendente pelo aumento da incidência e pela não resolutividade. O segundo problema importante é o elevado número de pacientes de saúde mental, principalmente depressivos. Em que muitos são dependentes dos remédios, os tomando geralmente durante toda a vida, causando muitas vezes efeitos adversos como insônia, vertigem, cefaleia, levando a polifarmácia e se tornando um ciclo de maiores problemas. E ainda aqueles que não aderem ao tratamento, recusam acompanhamento com psicoterapia, seja por preconceitos ou por ignorância. Há ainda um aumento considerável em jovens usuários de drogas, causando consequências desastrosas tanto para o próprio paciente quanto em seu entorno familiar.

## 1.1 JUSTIFICATIVA

Como uma grande quantidade de idosos fazem parte destes grupos, o projeto de intervenção escolhido é: **“Saúde mental nos idosos - depressão”**. A importância da escolha desse tema é pelo alto índice desses pacientes no município e não havendo muita melhoria apenas com tratamento medicamentoso.

Na maioria dos idosos há uma variedade de comorbidades, e a depressão os deixa mais vulnerável a evoluírem desfavoravelmente, pois perdem o autocuidado, apresentam sentimentos de inutilidade, abandono. Há uma má manipulação dos medicamentos como a troca de horários, de doses ou a não toma dos mesmos, estilo de vida sedentário e dietas hipercalóricas. Tudo isso exacerbado pela falta de cuidado e atenção dos familiares, alguns sofrendo

maus tratos, também tem aqueles que vivem só, dependendo de terceiros que se solidarizam, e até os que são abandonados.

## 1.2 OBJETIVOS (GERAL E ESPECÍFICO)

### 1.2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar causas de depressão e seu tratamento irregular nos pacientes idosos de um município de pequeno porte do Paraná.

### 1.2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar as causas de abandono de tratamento para depressão entre os idosos.
- Promover treinamento da equipe de saúde da família do município quanto ao atendimento de urgências psiquiátricas e prevenção do suicídio.
- Produzir palestras de conscientização sobre o tema com foco nas famílias e cuidadores.



## 2. MÉTODO

O projeto de intervenção será realizado no município de Cruzmaltina, localizada no norte do estado do Paraná, o público alvo será a população idosa (pessoas com 60 anos de idade ou mais), que apresentem o diagnóstico de Transtorno de Depressão como detalhado a seguir:

No Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5), classificação mais recentemente publicada, estipula nove critérios para depressão, dos quais cinco devem estar presentes. Para firmar um diagnóstico, é necessário que os sintomas estejam presentes por pelo menos duas semanas, representem uma alteração em relação ao funcionamento anterior e que um deles seja obrigatoriamente (1) humor deprimido ou (2) perda de interesse ou prazer.

Critérios diagnósticos para depressão conforme DSM-5:

1. Humor deprimido na maior parte do dia, quase todos os dias, conforme indicado por relato subjetivo (p. ex. sente-se triste, vazio ou sem esperança) ou por observação feita por outra pessoa (p. ex., parece choroso) (Nota: em crianças e adolescentes, pode ser humor irritável).
2. Acentuada diminuição de interesse ou prazer em todas ou quase todas as atividades na maior parte do dia, quase todos os dias (conforme indicado por relato subjetivo ou observação).
3. Perda ou ganho significativo de peso sem estar fazendo dieta (por exemplo, mudança de mais de 5% do peso corporal em menos de um mês) ou redução ou aumento no apetite quase todos os dias. (Nota: em crianças, considerar o insucesso em obter o peso esperado).
4. Insônia ou hipersonia quase diária.
5. Agitação ou retardo psicomotor quase todos os dias.
6. Fadiga ou perda de energia quase todos os dias.
7. Sentimentos de inutilidade ou culpa excessiva ou inapropriada (que podem ser delirantes) quase todos os dias (não meramente autorrecriinação ou culpa por estar doente).
8. Capacidade diminuída para pensar ou se concentrar, ou indecisão quase todos os dias (por relato subjetivo ou observação feita por outra pessoa).

9. Pensamentos recorrentes de morte (não somente medo de morrer), ideação suicida recorrente sem um plano específico, tentativa de suicídio ou plano específico para cometer suicídio.

Fonte: American Psychiatric Association (2014).

Inicialmente a abordagem se dará pelas agentes comunitárias de saúde (ACSs), pois apresentam o conhecimento da quantidade exata de população idosa em suas áreas e as quais estão possivelmente sofrendo os transtornos acima citados. Dessa forma as ACSs fariam a captação destes pacientes com agendamento de consultas para acompanhamento. Outro método de abordagem será realizado nos grupos de HiperDia, que ocorrem mensalmente, neste grupo há a presença da maioria dos idosos do município, sendo uma boa oportunidade para a detecção dos enfermos mentais. Após essa abordagem inicial, já teremos a quantidade dos pacientes depressivos e ansiosos para o seguimento. Que será realizado da seguinte forma:

- Primeira consulta agendada com o médico responsável para a definição do diagnóstico, e após isso introduzir esses pacientes no grupo de Saúde Mental; definir medicação psicotrópica aos pacientes;
- Seguir acompanhamento com Psicólogo no grupo de Saúde Mental, que serão realizados semanalmente;
- Convocação dos familiares e cuidadores para uma palestra sobre os transtornos abordados, em encontros mensais;
- Distribuição de flyer explicativos sobre o tema nos encontros e deixar expostos na Unidade de Saúde;
- Além desse seguimento, concomitantemente será realizado serviços de capacitação e ampliação para os trabalhadores da saúde:
- Qualificar o atendimento de urgência e emergência psiquiátrica na atenção básica, para equipe de enfermagem principalmente;
- Classificação de risco de suicídio e sua prevenção, como a ampliação de atendimentos e matriciamento do CAPS com acompanhamento do especialista psiquiátrico, nos casos mais graves;
- Capacitar ACSs para detecção de idosos com tristeza a longo prazo e observar maus tratos;

As datas das reuniões serão agendadas mensalmente e divulgadas nas plataformas online do UNASUS, como também flyers expostos na UBS e banners, além dos funcionários da saúde convidarem os pacientes que frequentam a unidade.

Os recursos utilizados com a impressão dos flyers e banners são irrisórios, pelo convenio que a prefeitura apresenta com a Gráfica responsável de todo o material impresso para o município. Os maiores custos seriam com a contratação do Psicólogo por mais horas semanal, além dos custos com capacitação e cursos para equipe de enfermagem e médicos na abordagem de urgência e emergências psiquiátricas, e para as ACS na detecção dos quadros de Transtornos de Depressão e Ansiedade.

QUADRO 1 - Cronograma do projeto

|                   |   |
|-------------------|---|
| <b>DATA</b>       | Todas as quartas-feiras   |
| <b>OBJETIVO</b>   | Diagnóstico correto, tratamento medicamentoso, psicoterapia no grupo de Saúde Mental, realizados semanalmente, acompanhamento longitudinal. |
| <b>ESTRATÉGIA</b> | Encontros no grupo de Saúde Mental como apoio no tratamento dos transtornos.  |
| <b>DURAÇÃO</b>    | 1 hora  |
| <b>RECURSOS</b>   | Flyer, banners, aumento da carga horaria do psicólogo, cursos e capacitações.   |

Esse acompanhamento será necessário para a avaliação da porcentagem dos idosos que apresentarão melhoria, evitar que ocorra o abandono do tratamento e consequentemente a estagnação ou piora do quadro clinico e das comorbidades. Sobre o manejo correto da medicação com

explicações sobre as consequências da não toma dos mesmos ou a sua dependência.

O projeto deverá ser observado por no mínimo 6 meses para que se possa retirar as primeiras análises e benefícios dele. As metas a serem alcançadas com a intervenção a longo prazo são:

- 1) Diminuição da incidência e prevalência de idosos depressivos e ansiosos;
- 2) Melhoria do quadro dos pacientes portadores desses transtornos, como resgatar a autoestima, o autocuidado;
- 3) Melhoria nas relações familiares e interpessoais;
- 4) Redução dos casos de suicídio;
- 5) Diminuição de abandono, maus tratos e maus cuidados;
- 6) Redução das comorbidades e complicações destas;

Como os resultados vão observados durante um longo período, assim que disponível serão apresentados.

### 3. REVISÃO DE LITERATURA

Considerada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como o "Mal do Século", a depressão é um dos problemas de saúde mental mais comuns no mundo. Tal denominação se deve ao fato de haver 322 milhões de pessoas em todo o mundo com este diagnóstico, a maioria mulheres. No Brasil, a depressão atinge 11,5 milhões de pessoas, sendo 5,8% da população. (dados da OMS, 2017).

Na cidade de Cruzmaltina, Paraná, o percentual das pessoas acima de 60 anos é de aproximadamente 15%, sendo a maioria diagnosticada com transtorno depressivo.

A depressão é uma doença do organismo como um todo, sem separação entre o psíquico, social e o físico. Ela afeta inicialmente o emocional da pessoa, com sintomas de tristeza profunda, desânimo, baixa- autoestima, irritabilidade entre outros. Há uma série de evidências que mostram alterações químicas no cérebro do indivíduo deprimido, principalmente com relação aos neurotransmissores (serotonina, noradrenalina e, em menor proporção, dopamina), substâncias que transmitem impulsos nervosos entre as células. Outros processos que ocorrem dentro das células nervosas também estão envolvidos.

Nos idosos, a depressão constitui uma enfermidade mental frequente, devendo-se ao fato destes pacientes apresentarem um conjunto de fatores que levam a este quadro. Tais componentes para esta doença surgem num contexto de perda da qualidade de vida, aparecimento de doenças clínicas graves e incapacitantes, associada a diminuição da imunidade, agravada por solidão ou abandono, maus tratos, pensamentos de inutilidade, perda do sentido da vida, sentimentos de peso para a família, além dos fatores genéticos, sendo considerada fator de risco para processos demenciais e sendo a principal causa do suicídio.

Para concluir o diagnóstico, utilizamos os **Critérios Diagnósticos para depressão conforme DSM-5** detalhado em Método. A depressão é classificada em três graus: leve, moderado ou grave, de acordo com a FIGURA 1.

FIGURA 1- Critério diagnóstico de episódio depressivo segundo a CID-10.

**Tabela 1- Critério diagnóstico de episódio depressivo segundo a CID-10\* 45**

|  |
|--|
| <b>Sintomas fundamentais</b>   |
| 1. Humor deprimido   |
| 2. Perda de interesse  |
| 3. Fatigabilidade  |
| <b>Sintomas acessórios</b>   |
| 1. Concentração e atenção reduzidas                                  |
| 2. Auto-estima e auto-confiança reduzidas                            |
| 3. Idéias de culpa e inutilidade                                     |
| 4. Visões desoladas e pessimistas do futuro                          |
| 5. Sono perturbado   |
| 6. Apetite diminuído   |
| <i>*Episódio leve: 2 fundamentais + 2 sintomas acessórios</i>        |
| <i>Episódio moderado: 2 fundamentais + 3 a 4 sintomas acessórios</i> |
| <i>Episódio grave: 3 sintomas fundamentais + &gt; 4 acessórios</i>   |

FONTE: Rev Bras Psiquiatria. 2009.

A depressão geriátrica geralmente é sub diagnosticada, essa dificuldade se deve ao conjunto de doenças presentes, não sendo notada pelos familiares por achar que é natural do envelhecimento confundindo o próprio paciente em não perceber os sintomas ou até mesmo este negar tal diagnóstico. Para facilitar a investigação utilizamos algumas perguntas para rastreamento, como na FIGURA 2.

FIGURA 2- Escala de Depressão Geriátrica (GDS).

|   | Sim | Não |
|---|-----|-----|
| 1. Você está basicamente satisfeito com sua vida?                             | 0   | 1   |
| 2. Você deixou muitos de seus interesses e atividades?                        | 1   | 0   |
| 3. Você sente que sua vida está vazia?  | 1   | 0   |
| 4. Você se aborrece com frequência?   | 1   | 0   |
| 5. Você se sente de bom humor a maior parte do tempo?                         | 0   | 1   |
| 6. Você tem medo que algum mal vá lhe acontecer?                              | 1   | 0   |
| 7. Você se sente feliz a maior parte do tempo?                                | 0   | 1   |
| 8. Você sente que sua situação não tem saída?                                 | 1   | 0   |
| 9. Você prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas?                    | 1   | 0   |
| 10. Você se sente com mais problemas de memória do que a maioria das pessoas? | 1   | 0   |
| 11. Você acha maravilhoso estar vivo?   | 0   | 1   |
| 12. Você se sente inútil nas atuais circunstâncias?                           | 1   | 0   |
| 13. Você se sente cheio de energia?   | 0   | 1   |
| 14. Você acha que sua situação é sem esperanças?                              | 1   | 0   |
| 15. Você sente que a maioria das pessoas está melhor que você?                | 1   | 0   |

As respostas compatíveis com sintomas depressivos correspondem a 1 ponto cada, e as respostas não compatíveis com sintomas depressivos correspondem a 0 ponto. Até 5 pontos são considerados normais, de 6 a 10 depressão leve, e de 11 a 15 depressão severa. Estas perguntas servem como triagem dos pacientes, para confirmar o diagnóstico devemos utilizar os critérios de acordo com DSM-5.

Em resumo, há três tipos de depressão ou tristeza de acordo com o Ministério da Saúde:

1. Estado depressivo ou tristeza natural, que faz parte da vida de todas as pessoas, para o qual se arranjam sempre meios espontâneos de se resolver.

2. Transtornos depressivos, cujos fatores são psicossociais, mas que os sintomas podem durar até seis meses, com prejuízo das atividades sociais e do trabalho e que demandarão sempre um cuidado técnico. Esse transtorno é responsável por aproximadamente 2/3 das depressões. Deverá, neste caso, ser dada prioridade ao cuidado psicoterápico. A diferença do tipo seguinte é que o fator psicossocial deflagrador está sempre presente na sintomatologia referida.

3. Transtorno depressivo de etiologia genético/biológico/constitucional (depressão endógena). Diferente do tipo anterior não há fatores psicossociais deflagradores. Admite quatro subtipos: Depressão recorrente, Ciclotimia – transtorno persistente, Distímia e Transtornos depressivos transitórios por disfunção fisiológica (pré-menstruais, de puerpério, de meno e andropausa e por outros hormônios e substâncias endógenas ou exógenas).

A depressão pode ser identificada e tratada na atenção básica, e, para isso, o treinamento e as campanhas de conscientização são fundamentais, e não só dos profissionais, mas também da população geral, incentivando a busca por ajuda. Como esta síndrome é multifatorial, deve ser feito o tratamento com apoio de diversos profissionais do CAPS como: psicólogos, psiquiatras, fisioterapeuta, educador físico, nutricionista além do acompanhamento de toda a equipe da Saúde da Família.

O tratamento deve ser associado entre 3 métodos, pelo uso de medicamentos, pelas psicoterapias individuais ou em grupos e atividades físicas, tendo como finalidade reduzir o sofrimento psíquico, diminuir o risco de suicídio, melhorar o estado geral do paciente e garantir uma melhor qualidade de vida.

Para o tratamento medicamentoso, os antidepressivos ISRS (inibidores seletivos da recaptação de serotonina) constituem a primeira escolha para os idosos, sobretudo, citalopram e sertralina. Paroxetina e fluoxetina, além de outros menos comuns, como venlafaxina, também têm sido prescritos. Em geral, os antidepressivos tricíclicos não constituem a primeira escolha para os pacientes geriátricos devido aos efeitos adversos, principalmente anticolinérgicos. Quando necessário prescrever medicamento dessa classe, recomenda-se a nortriptilina, iniciando-se com baixas doses e com elevação cautelosa das mesmas. O planejamento do tratamento envolve a fase aguda, de continuação e de manutenção, e em caso de boa evolução seguir para o desmame da droga, que deve ser usada no mínimo 6 meses até 2 a 4 anos dependendo do quadro.

Ainda deve ser realizado pelo município com responsabilidade da equipe da saúde da família, em aumentar o número de palestras explicativas sobre o tema, abordando familiares para terem empatia e melhorar o cuidado com os idosos, e também dar apoio e sanar dúvidas dos cuidadores. Realizar grupo da Terceira Idade semanalmente, grupo de atividade física 3 vezes na semana,



realizar grupos de Psicoterapia. Esse acompanhamento será necessário para a avaliação da porcentagem dos idosos que apresentarão melhoria, e evitar que ocorra o abandono do tratamento e consequentemente a recaídas ou estagnação do quadro clínico e das comorbidades.

## 4. RESULTADOS ESPERADOS

De acordo com a reuniões realizadas semanalmente nas quartas-feiras, obtivemos a presença de aproximadamente 30 a 50 pessoas, e foi observado durante um mês uma boa aderência ao tratamento medicamentoso, melhoria das relações sociais, alguns relatam terem maior disposição e com a realização de atividade física.

Como os resultados finais precisam ser observados durante um longo período, de aproximadamente 6 meses, assim que disponível serão apresentados. O projeto estará sendo analisado mensalmente para que se possa retirar as primeiras análises e benefícios dele. As metas a serem alcançadas com a intervenção a longo prazo são:

- 1) Diminuição da incidência e prevalência de idosos depressivos e ansiosos;
- 2) Melhoria do quadro dos pacientes portadores desses transtornos, como resgatar a autoestima, o autocuidado;
- 3) Melhoria nas relações familiares e interpessoais;
- 4) Redução dos casos de suicídio;
- 5) Diminuição de abandono, maus tratos e maus cuidados;
- 6) Redução das comorbidades e complicações destas;

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo geral do projeto foi analisar causas de depressão e seu tratamento irregular nos pacientes idosos de um município de pequeno porte do Paraná. Por meio de alguns objetivos específicos como: identificar as causas de abandono de tratamento para depressão entre os idosos; promover treinamento da equipe de saúde da família do município quanto ao atendimento de urgências psiquiátricas e prevenção do suicídio; e produzir palestras de conscientização sobre o tema com foco nas famílias e cuidadores.

Para alcançar estes objetivos, o plano de intervenção consistiu na captação dos idosos, diagnóstico adequado, abordagem terapêutica e manutenção do acompanhamento em reuniões semanais.

Compareceram aproximadamente 30 a 50 pessoas aos encontros semanais, sendo observado ao decorrer do estudo uma boa aderência ao tratamento medicamentoso, melhoria das relações sociais, alguns relataram terem maior disposição e realização de atividade física. A maior contribuição para o município foi a melhoria no bem-estar populacional, conseqüentemente houve uma redução do número de consultas pelos idosos, e uma melhor relação entre os pacientes e a equipe de saúde da família pelo vínculo obtido nos encontros de Saúde Mental.

Deste modo os objetivos estão a caminho de serem atingidos, porém a maior limitação deste plano de intervenção é por ser uma análise de no mínimo 6 meses, portanto as metas a serem alcançadas serão a longo prazo, não sendo possível concluir todos os resultados do estudo. Dentre as potencialidades verificamos a recusa de alguns pacientes ao tratamento e a terapia, e a falta de apoio familiar.

### 5.1 RECOMENDAÇÕES PARA TRABALHOS FUTUROS

Para as futuras intervenções estamos analisando uma maior captação dos idosos em consultas de rotina, com maior abordagem e investigação sobre a Depressão.

## REFERENCIAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

IBGE - Censo Demográfico 2014: Posição dos dados, no site da fonte, 14 de maio e 28 de julho de 2014

IBGE - Censo Demográfico - POPULAÇÃO CENSITÁRIA SEGUNDO TIPO DE DOMICÍLIO E SEXO – 2010

IBGE - Censo Demográfico - Dados da amostra (1) A classificação da atividade econômica é pela Classificação Nacional de Atividade Econômica Domiciliar (CNAE Domiciliar 2.0- POPULAÇÃO OCUPADA SEGUNDO AS ATIVIDADES ECONÔMICAS – 2010

IPARDES (Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social), CADERNO ESTATÍSTICO MUNICÍPIO DE CRUZMALTINA, abril de 2017. MS/SIAB (Sistema de Informação de Atenção Básica) dados da cidade de Cruzmaltina no site do Datasus, 24 de março de 2017.

MINISTERIO DA SAÚDE, portal MS, Depressão: causas, sintomas, tratamentos, diagnóstico e prevenção. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/saude-de-a-z/saude-mental/depressao>. Acesso em: 28 de abril de 2019.

NAÇÕES UNIDAS BRASIL, notícia publicada em fev.2017. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/oms-registra-aumento-de-casos-de-depressao-em-todo-o-mundo-no-brasil-sao-115-milhoes-de-pessoas/>. Acesso em: 29 de abril de 2019.

PSICO-USF, v. 8, n. 2, p. 183-192, Jul./Dez. 2003 - Depressão, um sofrimento sem fronteira: representações sociais entre crianças e idosos  
MOTRIZ, - Depressão no Idoso: Diagnóstico, Tratamento e Benefícios da Atividade Física, Rio Claro,Ago/Dez 2002, Vol.8 n.3, pp. 91-98

PROJETO DIRETRIZES, Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina- Transtornos de Ansiedade: Diagnóstico e Tratamento.

Disponível em: <http://psiquiatriabh.com.br/wp/wp-content/uploads/2015/01/Projeto-Diretrizes-Transtornos-de-ansiedade.pdf>.

Acesso em : 10 de abril de 2019.

REVISTA BRASILEIRA PSIQUIATRIA Diretrizes da Associação Médica Brasileira para o tratamento da depressão (versão integral), 2003;25(2):114-22.

SCIELO, Artigos originais Cardiogeriatría, Confiabilidade e validade da escala de depressão geriátrica em idosos com doença arterial coronariana.

Disponível em:

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0066-782X2010000500001](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2010000500001). Acesso em: 29 de abril de 2019.

TELESSAÚDERS-UFRGS, (TeleCondutas 2017- Transtorno Depressivo Maior). Disponível em:

[https://www.ufrgs.br/telessauders/documentos/telecondutas/Telecondutas\\_Depressao\\_20170428.pdf](https://www.ufrgs.br/telessauders/documentos/telecondutas/Telecondutas_Depressao_20170428.pdf). Acesso em: 10 de abril de 2019.